

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim
Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe
Fachbereich Massage
Universitätsklinikum Düsseldorf

Hiermit bescheinige ich, dass

Frau / Herr

.....geboren
am.....

**nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer / seiner
geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausbildung und
Ausübung des Berufes**

Masseurin / Masseur und medizinische Bademeisterin /
medizinischer Bademeister

unfähig oder ungeeignet ist.

_____ **Datum**

_____ **Unterschrift / Stempel Arzt**